

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

André FOUQUET

Né à Paris le 22 Août 1894.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES HÉMOPTYSIES

PAR

HÉMORRAGIES

DES

VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Président : M. ROGER, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1923

30

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

30 N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

André FOUQUET

Né à Paris le 22 Août 1894.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES HÉMOPTYSIES

PAR

HÉMORRAGIES

DES

VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Président : M. ROGER, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	{ DELBET
	{ LEJARS
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPPERSONNE
Clinique d'accouchements.	LEGUEU
	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	DUVOIR	LE LORIER	BETTERER
BASSET	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BRANCA	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	TANON
CHAMPY	GUILLAIN	MATHIEU	TERRIEN
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TIFFENEAU
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	VILLARET
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur ROGER

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur agrégé LEGRY

Monsieur le Professeur agrégé PROUST

Monsieur le Docteur ENRIQUEZ

Monsieur le Docteur ARROU

Monsieur le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE.

A MES AUTRES MAITRES

Monsieur le Professeur Pierre DUVAL

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur CADENAT

Monsieur le Docteur André MARTIN

Monsieur le Docteur Jean BERGER

Messieurs les Docteurs DURAND, MAURER, PORTES.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547516_0071

A M. LE DOCTEUR HENRI BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec.

Hommage de notre gratitude et de notre reconnaissance pour son précieux enseignement.

A MM. LES DOCTEURS A. BLOCH, BOUCHET ET TARNEAUD

Assistants d'oto-rhino-laryngologie du Docteur Bourgeois.

En témoignage de reconnaissance pour leur aimable concours.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine.

INTRODUCTION

Dès avant la guerre, mais principalement au cours de celle-ci les travaux entrepris par les auteurs ont attiré l'attention sur les « fausses affections pulmonaires », et principalement sur les faux-tuberculeux.

Les affections du rhino-pharynx peuvent en effet se manifester par une symptomatologie en plusieurs points semblable à celle que présente un malade au cours de la période décrite par notre maître le Professeur Sergent sous le nom de pré-rechute de la tuberculose. Chacun des signes classiques que l'on peut rencontrer pris isolément ne présente aucune valeur, sauf bien entendu la présence de bacilles dans les expectorations.

Ainsi que l'a écrit M. Sergent : « Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire ». Les divers modes d'exploration actuellement pratiqués peuvent être classés en quatre groupes : examen clinique, examen chimique et cytologique des sécrétions, étude des réactions spécifiques humorales, examen radioscopique et enfin la recherche directe du bacille.

Il existe dans la symptomatologie clinique un symptôme qui, jusqu'à ces derniers temps, avait une valeur quasi pathognomonique ; nous croyons cependant que « l'hémoptysie » elle-même,

bien que sa valeur soit très grande, ainsi qu'il est généralement admis, ne peut faire affirmer un diagnostic de tuberculose. Souvent, en effet, on ne peut y déceler la présence du bacille de Koch, et les formes cliniques de ce symptôme peuvent donner lieu à de faciles erreurs d'interprétation.

Dans ce travail, après un court exposé de la symptomatologie des fausses tuberculoses qui peuvent accompagner le crachement de sang, nous étudierons les formes de l'hémoptysie tuberculeuse susceptibles d'être confondues avec les diverses hémorragies des voies aériennes supérieures et nous essayerons de montrer l'utilité de la collaboration entre le praticien et le spécialiste laryngologiste pour établir un diagnostic aussi important.

AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES SIMULANT LA TUBERCULOSE AU DÉBUT

En présence d'un sujet manifestant cette symptomatologie commune aux affections des voies aériennes supérieures et à la période de réinoculation par le bacille de Koch, on peut avoir affaire à deux cas cliniques principaux :

a) Malade porteur de lésions des voies aériennes supérieures, mais n'ayant pas présenté de crachement de sang.

b) Malade présentant ces mêmes lésions, mais ayant eu une expectoration sanguine.

Il nous a donc paru intéressant de reprendre l'étude des symptômes pouvant simuler la tuberculose au début et accompagnant l'hémorragie simulant, elle, l'hémoptysie tuberculeuse.

D'une façon générale, toutes les affections « obstruantes et infectantes » des fosses nasales peuvent être confondues avec un début de tuberculose. Nous n'insisterons pas dans cette étude déjà entreprise par Festal dans sa thèse de 1920. Rappelons cependant la symptomatologie commune à ces deux cas cliniques principaux énoncés et dont le second attirera surtout notre attention.

SYMPTOMES. — Une des affections suivantes : amygdales pharyngiennes hypertrophiées, luette volumineuse excitant une zone tussipare ; dans les fosses nasales, une malformation de cloison, une hypertrophie des cornets inférieurs et principalement de

leur extrémité postérieure, un empyème chronique d'une cavité sinusale pouvant entraîner ou non des formations polypeuses, une rhinite atrophique avec catarrhe nasal postérieur, telles sont autant de causes à un état pseudo-tuberculeux, chez un sujet obstrué ou infecté dans ses voies aériennes supérieures.

Son état général est défectueux; il présente de l'asthénie, des troubles dyspeptiques, de la dyspnée d'effort. C'est un toussEUR chronique : toux quinteuse, tenace, spasmodique, s'accompagnant d'expectoration, surtout le matin au réveil.

Ce malade qui mouche une partie de ses sécrétions dans son rhino-pharynx, infecte ses voies aériennes sous-jacentes, d'où ces élévations thermiques accompagnant les poussées d'infection trachéale ou bronchique; il déglutit son muco-pus, d'où ses troubles dyspeptiques.

Le sujet porteur d'une affection rhino-pharyngienne déterminant une obstruction nasale présentera de l'hyposphyxie avec développement thoracique insuffisant ou déformation; on y trouvera un défaut d'expansion des sommets, une dépression sus-claviculaire et sus-épineuse, une atrophie des trapèzes.

A la palpation, les vibrations thoraciques seront le plus souvent augmentées, mais ce signe est inconstant; à la percussion, submatité plus ou moins nette, et à l'auscultation, on trouvera ce symptôme constant de diminution du murmure vésiculaire avec expiration soufflante et prolongée, et inspiration rude et saccadée.

Il y a lieu de noter que ces symptômes, lorsqu'ils sont bilatéraux, ont pour certains auteurs une importance diagnostique considérable, en faveur d'une non-existence de tuberculose. Nous ne rappellerons pas les nombreuses discussions qui ont eu lieu tant à la Société Médicale des Hôpitaux qu'à la Société de Pédiatrie sur l'interprétation des signes de Grancher. Peu de phthisiologues actuellement accordent à ces signes la valeur diagnostique qu'y avait attachée leur auteur.

Les bruits adventices sont rares; on trouve parfois un souffle trachéal.

Enfin l'examen radiographique peut montrer soit une diminution de la transparence des sommets, soit une hypertrophie ganglionnaire hilare dont la cause réside dans la propagation par voie descendante de l'infection d'origine naso-pharyngienne.

Ainsi l'ensemble de ces signes physiques, fonctionnels et généraux peut en imposer pour un début de tuberculose pulmonaire, l'examen bactériologique ayant été négligé ou n'ayant donné qu'un résultat négatif, car parmi tous ces symptômes, pas un seul qui ne puisse être rencontré dans une tuberculose au début.

Et si, dans ce tableau clinique, on rencontre ce symptôme, hémoptysie ou plus exactement crachement de sang, le malade devient à coup sûr, aux yeux de son entourage et pour lui-même un tuberculeux, et le médecin se laissant impressionner se rallie à cette opinion.

MM. Sergent et Rist, dans une série de travaux publiés avant la guerre, et M. le Professeur Sergent au cours de celle-ci, dans l'immense champ d'études qui lui fut fourni par le contingent des réformés ont montré toute la réalité de cette tuberculophobie qui s'installait dans l'esprit des praticiens.

M. Sergent a signalé que, sur 600 soldats examinés comme suspects de tuberculose, 89 étaient non-tuberculeux, et la plupart des hyposphyxiques par obstruction des voies aériennes supérieures.

Il ne faut pas, bien entendu, tomber dans l'excès contraire et c'est pourquoi nous essayons de montrer dans ce travail que, dans le cas d'hémoptysie ne pouvant être interprété après un examen médical attentif comme étant d'origine tuberculeuse certaine, le laryngologiste à qui son confrère aura demandé son aide pour préciser son diagnostic ne devra affirmer l'étiologie non tuberculeuse de l'hémorragie qu'après avoir constaté

de visu le corps du délit, c'est-à-dire le vaisseau qui saigne ou a saigné, ou la zone hémorragique certaine.

L'étude comparative, d'une part, de l'hémoptysie vraie tuberculeuse qui pourra par une symptomatologie fruste et une allure particulière paraître douteuse en ce qui concerne son étiologie, d'autre part, des affections des voies aériennes supérieures pouvant provoquer une hémorragie susceptible d'en imposer pour une hémoptysie vraie, permettra dans certains cas d'orienter la recherche du spécialiste vers tel ou tel segment.

L'HÉMOPTYSIE TUBERCULEUSE D'ALARME SANS POUSSÉE ÉVOLUTIVE

L'existence ou la non-existence d'une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire concomitante de l'hémoptysie permet, avec les auteurs, de différencier au point de vue de la forme clinique deux variétés essentielles d'hémoptysies qui se présentent avec des caractères tout à fait différents.

Tantôt l'hémoptysie surviendra brusquement, fortuitement sans s'accompagner d'aucun des signes d'impregnation bacillaire, à la manière d'un accident mécanique qui résume à lui seul le processus morbide.

Tantôt, au contraire, l'hémoptysie est liée à une évolution des lésions pulmonaires, à une poussée de tuberculose dont on retrouve alors tous les caractères; il y a donc opposition bien nette entre ces deux formes.

Dans l'étude différentielle qui nous occupe, il est évident que l'hémoptysie, accompagnée de poussée avec un tableau clinique d'impregnation tuberculeuse, se prêterait moins facilement que l'autre forme à une erreur de diagnostic avec une hémorragie des voies aériennes supérieures.

Il faudra donc bien connaître les signes propres à chacune de ces deux formes et les opposer les uns aux autres; et nous insisterons sur la symptomatologie de l'hémoptysie du début, l'hémoptysie d'alarme, qui peut se confondre le plus facile-

ment avec une hémorragie des veines aériennes supérieures. Afin d'opposer plus complètement ces deux formes, il convient de résumer les signes classiques de l'hémoptysie la plus fréquente, l'hémoptysie avec imprégnation (80 p. 100 des cas environ) et de préciser les éléments de diagnostic différentiel de cette forme avec l'autre.

Hémoptysie par poussée évolutive, du début.

Elle peut survenir à n'importe quel moment de la maladie, mais nous n'envisagerons que celle apparaissant comme le premier accident d'une tuberculose jusque là latente.

Elle présente trois périodes : pré-hémoptoïques, hémoptoïque, post-hémoptoïque.

L'existence de la première période est du plus haut intérêt pour interpréter les faits cliniques.

Le malade est un touseur qui expectore depuis quelques semaines des crachats muco-salivaires, qui a maigri, a perdu l'appétit, souffre d'un point de côté, a eu des frissons, des palpitations, et cela, d'une façon progressive, jusqu'au jour où survient l'hémoptysie, après une durée variable de deux à trois semaines. Tous les degrés peuvent exister dans l'intensité des signes généraux ou fonctionnels, et il en sera de même pour tous les autres signes, ce qui permet encore une erreur de diagnostic étiologique.

Le crachat lui-même ne peut être d'une manière absolue la signature de l'affection causale. Il est rendu à la faveur d'une quinte de toux, uniformément coloré en rouge, visqueux, adhérent au vase, très comparable au crachat pneumonique; plus rarement, il est strié de sang, et dans ce cas, ne présente plus qu'une valeur discutable.

La courbe thermique a une certaine importance. En général, l'hémoptysie apparaît lorsque l'hyperthermie est à son acmé et

provoque le plus souvent un abaissement brusque et passager de la température.

Il ne faudra pas négliger l'examen des réactions hémoleucocytaires chez le sujet ayant présenté une expectoration hémorragique. En restant toujours dans le cadre de l'hémoptysie avec poussée évolutive, à opposer sans cesse à l'autre forme, c'est dans la première que l'on peut trouver des modifications hématologiques :

a) GLOBULES ROUGES. — Au moment de l'hémoptysie, le nombre de globules rouges est en général abaissé ainsi que le taux de l'hémoglobine : à la suite de l'hémoptysie, en même temps que l'amélioration de l'état général, globules rouges et hémoglobine se rapprochent de la normale.

b) GLOBULES BLANCS. — D'une manière absolue, il y a leucocytose, mais faible : 8 à 15.000 globules blancs par millimètre cube. On ne rencontre pour ainsi dire jamais une hyperleucocytose comparable à celle des maladies aiguës. Il est nécessaire de pratiquer le plus souvent possible cette numération globulaire, car il existe un rapport entre l'intensité de la leucocytose et la gravité de la poussée tuberculeuse concomitante à l'hémoptysie. Cette notion sera donc un précieux élément de pronostic. Le plus souvent, cette hyperleucocytose après une durée d'autant plus courte que la poussée est plus bénigne, se transforme en une leucopénie, celle-ci plus persistante.

Les modifications de la formule sanguine ne portent pas uniquement sur les leucocytes ; la polynucléose s'associe à la leucocytose, et le degré de son intensité est en rapport très étroit avec la malignité de la forme clinique. Cette augmentation de polynucléaires n'intéresse d'ailleurs que les polynucléaires neutrophiles, les éosinophiles présentant une évolution inverse ; d'abord, en minime proportion au moment de l'hémoptysie, ils augmentent avec régularité, mais on connaît mal la durée de cette éosinophilie.

Considérée dans son ensemble, la formule leucocytaire présente au cours de l'hémoptysie la marche générale décrite par MM. Besançon, I. de Jong et H. de Serbonnes, dans la poussée évolutive de tuberculose pulmonaire associée ou non à un crachement de sang. Deux périodes sont à considérer :

- a) Leucocytose, polynucléose, diminution des éosinophiles;
- b) leucopénie, mononucléose, éosinophilie.

A la suite de l'hémoptysie, le poids du malade augmente rapidement en même temps que se manifeste une décharge hydrique et de chlorures.

Il est généralement admis par les auteurs qu'au moment de l'hémoptysie, il existe un certain degré d'hypertension artérielle. Les observations de MM. Ribierre et Jaquenod ne concordent pas avec cette notion. Il y a lieu d'envisager surtout l'étude de la tension après la période hémoptoïque. On peut y puiser d'utiles renseignements au point de vue du pronostic, en se souvenant que, dans les cas favorables, on constate une élévation lente, mais progressive, et qu'au contraire l'hypotension se maintient ou s'exagère dans les cas graves.

En ce qui concerne les signes stéthoscopiques, aucun ne peut être réellement révélateur d'une lésion pulmonaire, cause d'une hémoptysie, tant à la percussion et à la palpation qu'à l'auscultation. La présence de râles crépitants très fins au voisinage des lésions tuberculeuses décrite par les classiques ne peut être qu'exceptionnellement rencontrée; on peut constater lors de la période hémoptoïque un foyer de condensation pulmonaire où la respiration est soufflante, où l'on perçoit des sous-crépitations, de la submatité, une exagération des vibrations vocales, mais ces constatations sont aussi exceptionnelles qu'heureuses.

Nous laisserons sous silence toute hémoptysie survenant chez un tuberculeux pulmonaire avéré, ne retenant que l'hémoptysie, première manifestation d'une tuberculose jusque là latente, et surtout la forme légère de ces hémoptysies. Celle-ci en effet se

rapproche par quelques caractères des hémoptysies non liées à une poussée évolutive. La période préhémoptoïque est courte, un à deux jours à peine; la fièvre est légère, les modifications sanguines sont difficiles à interpréter; mais dans cette forme, l'expectoration est bacillifère; donc toutes les fois qu'il sera possible, faire un examen microscopique et, dans 90 p. 100 des cas, le diagnostic pourra être affirmé. Nous ne saurions trop insister sur l'examen des crachats et la recherche du bacille dans cette forme : c'est à franchement parler le seul élément certain de diagnostic.

La forme commune des hémoptysies par poussée avec son tableau clinique à peu près complet ne pourra guère donner lieu à une fausse interprétation et encore moins la forme grave au cours de laquelle on constatera une exagération manifeste des signes pulmonaires avec un état général profondément atteint.

L'hémoptysie sans poussée tuberculeuse.

Autant l'hémoptysie par poussée est manifestement, au point de vue clinique, le témoignage, et de l'envahissement par le bacille de Koch d'un nouveau territoire pulmonaire, et d'une atteinte profonde de l'état général de l'individu, autant l'hémoptysie sans poussée évolutive peut être faussement interprétée dans son diagnostic étiologique. Et ceci parce que, point par point, celle-ci s'oppose à la première.

En effet, sans période préhémoptoïque d'imprégnation, ces hémoptysies surviennent brusquement à la suite d'un effort, d'une quinte de toux, d'une raison quelconque d'hypertension pulmonaire sans période prémonitoire.

Les observations recueillies par M. M. P. Weill montrent l'opposition manifeste entre les deux formes fondamentales. L'analyse des symptômes précise cette différenciation.

Pour ce qui est de l'expectoration, on peut rencontrer tous

les degrés depuis le crachat simplement coloré en rouge jusqu'aux hémoptysies considérables, mais contrairement à ce qui peut se produire dans les hémoptysies par poussées, on n'assiste pas à la transformation du crachat hémoptoïque en crachat verdâtre.

Le malade est apyrétique, et l'on ne constate pas la lente élévation thermique préhémoptoïque, pas plus que la lente descente après l'hémoptysie par poussée.

L'étude de la formule sanguine montre un très léger degré de leucocytose et de polynucléose avec persistance de l'éosinophilie, ce qui permet d'établir que le sujet garde la formule ordinaire et peu précise du tuberculeux latent.

La recherche du bacille de Koch dans les crachats ne donne qu'exceptionnellement la preuve étiologique; en effet, comme l'a écrit M. M. P. Weill, « l'expectoration bacillifère est l'exception, au cours des hémoptysies non liées, à une poussée ». Il faudra toujours contrôler par inoculation au cobaye.

Les signes stéthoscopiques sont nuls, et les renseignements fournis par l'examen radioscopique ou radiographique sont difficiles à interpréter.

Enfin, l'évolution est différente, puisque le malade revient presque aussitôt à son état antérieur, préhémoptoïque.

Certaines hémoptysies d'origine pulmonaire doivent être rapprochées de cette dernière forme : ce sont les hémoptysies qui surviennent au cours des kystes hydatiques du poumon et au cours de certaines affections pulmonaires tropicales. Mais ces affections ont une symptomatologie propre qui permet de les reconnaître, et l'examen radioscopique en outre ne laissera pas passer un kyste hydatique du poumon.

HÉMORRAGIES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Étant donné le minimum des symptômes constatés au cours de l'hémoptysie tuberculeuse sans poussée évolutive que nous venons d'étudier, on peut être en droit de douter de sa nature tuberculeuse, et c'est dans ces cas qu'il convient de rechercher ailleurs une cause possible d'hémorragie.

L'hémorragie des voies aériennes supérieures n'a pas de caractères pathognomoniques: c'est une étude très attentive des conditions dans lesquelles elle s'est produite et de la manière dont elle a évolué, qui peuvent permettre de l'imputer de préférence à tel ou tel segment du tractus aérien supérieur.

Un des éléments communs à toutes ces hémorragies est l'absence complète de signes généraux. Il est rare que l'on soit renseigné nettement sur leur existence lors du premier accident, mais quand l'hémorragie se répète, on peut obtenir du malade une auto-observation beaucoup plus précise.

La température prise par le malade les jours précédents montre l'apyrexie, avant, pendant et après l'accident. La tension artérielle ne varie pas; l'examen du sang ne fournit aucun renseignement.

Le malade n'est pas dyspnéique, n'a pas d'expectoration à transformation purulente; mais ce signe est de valeur très inconstante, car souvent l'hémorragie coïncide avec une affection suppurante des voies aériennes supérieures.

Ce malade, au nez bouché le plus souvent, a ses deux poumons qui respirent mal, car une obstruction, même unilatérale, peut déterminer une hyposphyxie pulmonaire bilatérale.

En résumé, on trouvera à l'examen du malade plusieurs éléments permettant de penser que la tuberculose n'est pas en jeu et cette notion se précisera par le contrôle des symptômes propres à l'hémorragie suivant son siège.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que des signes négatifs; c'est l'absence des signes d'imprégnation tuberculeuse qui permet de penser à une hémorragie des voies aériennes supérieures. Voyons maintenant si ces hémorragies ne présentent point quelques signes propres qui permettent de suspecter cette origine. Évidemment, ces signes varient avec le point précis où s'est produit l'hémorragie; nous allons les étudier successivement en passant en revue les différents segments.

Hémorragies trachéales.

(Obs. n° 1).

Les pseudo-hémoptysies d'origine trachéale sont les plus susceptibles d'égarer un diagnostic. Elles peuvent être causées par trois affections : syphilis, formations polypeuses, état variqueux des veines trachéales.

La syphilis de la trachée est souvent difficile à dépister à moins que, concomitants à l'hémorragie, se manifestent des phénomènes de sténose. L'examen laryngoscopique qui s'impose dans ce cas permet de constater en plus de lésions laryngées une rougeur prononcée de la muqueuse trachéale; cette zone hyperémiée est souvent au sommet d'un gonflement rétrécissant le calibre du tube trachéal, cause de la gêne respiratoire. Dans les cas plus avancés, on peut avec un bon éclairage ou mieux par trachéoscopie directe apercevoir la gomme de coloration jaunâtre avec une perte de substance inégale, à bords dentelés.

On pratiquera dans les cas douteux ou dans ceux où tout examen direct aura été impossible, un traitement d'épreuve à l'iodure de potassium ; l'effet est certain, si la lésion est d'origine spécifique.

Les polypes de la trachées sont rares, mais facilement décelables par une trachéo-bronchoscopie directe, plus difficilement à l'aide de l'examen indirect.

Les hémorragies trachéales d'origine vénectasique sont de beaucoup les plus fréquentes. En dehors de l'observation récente de Mantchik, il n'a pu être recueilli que dix observations dans la littérature. Toutes sont d'ailleurs très voisines, et on y remarque l'absence de toute cause pouvant expliquer l'hémorragie en dehors d'une rupture de varice trachéale, et par ce fait que le traitement local a toujours été suivi de guérison.

SYMPTOMES. — L'hémorragie trachéale d'origine venectasique se présente généralement chez des personnes d'âge moyen. Le seul symptôme de cette entité morbide décrite par Mantchik est le crachement de sang. C'est toujours une hémorragie assez abondante, pouvant atteindre un quart de litre et anémiant fortement le malade. Elle se produit subitement, sans période prodromique, fréquemment à la suite d'une quinte de toux. Le sang expectoré est pur, d'un rouge vif.

Si l'on peut faire un examen laryngoscopique, et de préférence une trachéoscopie directe au moment de l'hémorragie, on trouve sur la paroi trachéale antérieure immédiatement au-dessous de la glotte une ou plusieurs varices d'où sort un mince filet de sang. Le diagnostic dans ce cas se fait facilement ; il est autrement délicat si le malade n'est vu qu'ultérieurement à l'hémorragie. Seule, la présence de varices sur la paroi trachéale peut, après un examen négatif des voies aériennes supérieures et l'absence de tout symptôme pulmonaire, permettre de présumer l'étiologie trachéale de la pseudo-hémoptysie.

Le pronostic de cette affection est bénin ; dans un seul cas

rapporté par Gidionsen, l'hémorragie fut mortelle, la rupture vasculaire intéressant une grosse veine au niveau d'une lésion tuberculeuse de la paroi postérieure de la trachée, au-dessus de sa bifurcation. Le traitement consiste en cautérisations de la muqueuse, de préférence à l'acide chromique au 1/30. L'inhalation ou l'injection d'une solution au 1/1.000 de chlorhydrate d'adrénaline arrête rapidement l'hémorragie.

Ainsi que le fait remarquer Mantchik, il est étonnant de ne pas trouver plus de dix observations de pseudo-hémoptysies relevant de cette étiologie. Avec lui nous croyons qu'un examen laryngoscopique systématiquement pratiqué à l'occasion des hémoptysies qui ne sont pas manifestement d'origine pulmonaire permettra de trouver la cause précise de ces prétendues tuberculoses abortives dont l'unique symptôme est une hémoptysie. Nous trouvons ici la démonstration de la nécessité d'une étroite collaboration entre le médecin général et le laryngologiste.

Hémorragies laryngées.

(Obs. 2, 3, 4.)

Il peut se produire au niveau de régions hyperémiées, principalement les bandes ventriculaires, une rupture d'une artériole avec ou sans lésions de la muqueuse laryngée déterminant ou non le passage de l'air dans les tissus voisins de la lésion, au cours des efforts d'expectoration.

Au point de vue étiologique, quelles peuvent être les causes de ces lésions hyperémiantes? Comme pour les autres organes, cette hyperémie est de nature active ou passive.

D'une part, l'action irritative directe par inhalation de vapeurs toxiques (Obs. Levesque) ou le coup de fouet laryngien chez un professionnel de la voix atteint de laryngite aiguë; d'autre part, l'hémorragie se manifestera chez un hémophile au cours

d'une affection hépatique ou rénale, hémorragie d'ordre dyscrasique. Plus rarement, on constatera cet accident chez un diabétique ou au cours d'une poussée rhumatismale.

En dehors de la pseudo-hémoptysie, les symptômes seront ceux d'une laryngite banale. Ce sera encore l'examen direct qui permettra de voir le vaisseau sanguin qui a donné naissance à l'hémorragie, à la surface d'une muqueuse rouge dans toute son étendue ou en différents points à des degrés variables. Dans l'hyperémie passive, la coloration est plus livide, la muqueuse humide.

Le simple repos de l'organe dans l'hyperémie active, en évitant la cause irritative, amènera une guérison rapide, mais les récurrences sont fréquentes. Dans l'hyperémie passive, c'est l'état général qu'il faudra traiter, en n'oubliant pas de proscrire les inhalations médicamenteuses.

En dehors de cette étiologie par hyperémie directe ou indirecte, la laryngite hémorragique, comparable en bien des points à la pharyngite hémorragique, certaines tumeurs laryngées peuvent être une cause d'hémorragie.

En effet, ainsi que l'ont montré les recherches anatomiques de Spiess et de Boldyrew, la muqueuse laryngée est irriguée par un triple réseau vasculaire, disposé en trois couches superposées, ce qui a permis à Mermoud de dire que « le larynx doit *a priori* saigner facilement, ses fonctions si délicates et si variées exigeant une nutrition exceptionnelle ».

Un processus atrophique (en tout point semblable à celui qui se présente beaucoup plus fréquemment au niveau du pharynx), ayant envahi la muqueuse du larynx y détermine une fragilité exceptionnelle du réseau artériel et une irritation au niveau de cet organe sans cesse en mouvement cause sans peine une rupture vasculaire.

Les tumeurs laryngées saignent peu et les symptômes concomitants ne permettent guère de prendre une hémorragie

causée par un épithélioma laryngé par exemple, pour une hémoptysie.

Les nodules angiomateux des cordes vocales, à cause de leur constitution télangiectasique peuvent être le siège d'une hémorragie. La symptomatologie est nulle, et comme dans les autres cas précités d'ailleurs, seul un examen laryngoscopique pourra établir le diagnostic d'une façon précise.

Hémorragies pharyngées.

(Obs. 5, 6, 7, 8, 9 et 10).

1^o HÉMORRAGIES DU NASO-PHARYNX :

C'est au niveau de cette portion des premières voies respiratoires que l'on trouvera une cause très fréquente de prétendues hémoptysies dans la pharyngite hémorragique.

Si les observations d'hémorragies ayant simulé une hémoptysie sont relativement rares en ce qui concerne la trachée et le larynx, il n'en est pas de même pour le naso-pharynx. Ricardo Boley, de Barcelone, en signalait en 1901 vingt cas observés au cours de sa pratique hospitalière ; l'attention ayant été attirée depuis cette époque sur ce sujet, il est certain que ces observations sont maintenant plus nombreuses.

Nous n'irons pas jusqu'à dire avec cet auteur que « presque toujours, quand un malade crache le sang, l'examen de la poitrine étant négatif, la cause de ces fausses hémoptysies réside dans la cavité rétro-nasale ».

« Dans presque tous les cas, dit-il, je n'ai absolument rien observé sur le pharynx buccal, la base de la langue, la cavité laryngienne ou les fosses nasales. J'ai uniquement remarqué assez souvent que le sang, d'ailleurs en quantité modérée, coulait le long de la paroi postérieure du pharynx, derrière le voile. »

Ces hémorragies de la partie supérieure du pharynx sont en

effet très fréquentes, mais pas au point d'y rattacher presque uniquement les hémorragies des voies aériennes supérieures.

Le tableau clinique est toujours sensiblement le même : c'est un malade qui tousse à peine et s'aperçoit que ses crachats sont striés de sang. L'examen des fosses nasales, du pharynx buccal, de la base de la langue, du larynx, de la poitrine sont négatifs. Si on a le bonheur d'assister à ces hémorragies, on voit le sang sourdre derrière le voile du palais le long de la partie latérale de la paroi postérieure du pharynx. L'attouchement au porte-coton coudé détermine assez souvent une hémorragie.

L'écoulement sanguin spontané s'est produit la nuit ou le matin au réveil; le sang, au cours du sommeil, s'écoulant et tombant sur le larynx y provoque une quinte de toux et une expectoration de sang rutilant, aéré. Ou bien le matin au réveil le malade râcle, « se mouche en arrière » et expectore après de longs efforts, ayant une sensation de cuisson rétro-nasale, des mucosités teintées de rouge ou noir; et ceci plusieurs matins de suite jusqu'au jour où il y a une franche expectoration sanglante.

Il y a donc deux formes cliniques très différentes de l'hémorragie du naso-pharynx. La seconde qui se caractérise par un saignement abondant précédé pendant plusieurs semaines quelquefois par le rejet de mucosités à sang noir desséché, ne présente pas pour nous la même importance que la première. On retrouve très facilement dans les dires du malade les crachats sanglants mêlés au muco-pus pharyngien et expulsés le plus souvent par hémage. Lorsque survient l'hémorragie abondante, son origine est donc facile à découvrir et ne pose pas un problème diagnostique bien difficile.

Il n'en est pas de même de la première; le malade a été réveillé par un chatouillement dans l'arrière-gorge, il a eu une quinte de toux plus ou moins violente et il a rejeté du sang.

Son histoire est donc tout à fait celle du malade qui fait une véritable hémoptysie. De tels malades iront toujours consulter d'abord le phtisiologue avant le laryngologiste.

Il est facile de concevoir la cause de ces suintements sanguins répétés. La muqueuse du cavum est en effet fortement adhérente aux plans prévertébraux et à la région prébasilaire et sphénoïdale; les follicules glandulaires y sont particulièrement nombreux et forment des saillies fragiles et très vascularisées; et la glande de Luschka est mal protégée, n'ayant pas d'enveloppe capsulaire propre.

On se rend ainsi compte pourquoi de petites érosions inflammatoires peuvent donner lieu à des hémorragies; les croûtes qui bouchent momentanément les petits orifices vasculaires sont séchées par le courant d'air, tombent facilement et découvrent le vaisseau capillaire qui va saigner librement.

L'examen par rhinoscopie postérieure permettra de préciser le siège de l'hémorragie et de faire le diagnostic de l'affection. Dans ces cas d'hémorragies rétro-nasales pseudo-hémoptoïques, on remarque de petites croûtes noirâtres collées sur la glande de Luschka et surtout sur la voûte du pharynx, entre celle-ci et la fossette de Rosenmüller. En touchant ces croûtelles, on reproduira toujours ou presque toujours l'hémorragie.

En dehors de la pharyngite hémorragique, cause de beaucoup la plus fréquente des hémorragies du naso-pharynx, les végétations adénoïdes, les polypes fibreux naso-pharyngiens, peuvent encore être le siège d'un écoulement sanguin. Ainsi que le montre l'observation n° 8, si l'on néglige l'examen par rhinoscopie postérieure le diagnostic causal sera méconnu; un simple regard dans le miroir au contraire permettra de déceler la présence des ou du polype et de guérir ce pseudo-tuberculeux.

2° HÉMORRAGIE DE L'HYPHARYNX
(Obs. 10 et 11).

Elles ont le plus souvent pour point de départ les vaisseaux de la base de la langue. Comme l'ont montré Joal et Ruault, c'est l'hypertrophie de l'amygdale baso-linguale qui occasionne la dilatation des vaisseaux capillaires, principalement des veines, et la rupture de celle-ci détermine l'hémorragie. Celle-ci se produit surtout sous l'influence d'affections générales : cardiopathies hypertension brightique, et chez les artérioscléreux congestifs et touseurs. La symptomatologie est fruste; seule, l'hémorragie attire l'attention; elle peut être abondante, s'accompagnant de toux (obs. n° 10).

Ces hémorragies sont assez rares; elles ne seront affirmées que lorsqu'on aura sous les yeux la preuve. Leur constatation permettra d'orienter un diagnostic hésitant vers une affection générale jusque là méconnue.

Hémorragies buccales.
(Obs. 12)

Différents auteurs, notamment Ruault et Aboulker, ont insisté sur la cause la plus fréquente des stomatorragies, la gingivite. Nous ne ferons que citer les hémorragies des maladies infectieuses, du scorbut, du purpura, de la maladie de Barlow, des leucémies qui seront toujours rapportées par le médecin à leur vraie cause, ainsi que celles occasionnées par des tumeurs ou des ulcérations visibles, sans examen spécial.

Chez un malade atteint de gingivite et ayant eu une pseudo-hémoptysie, le tableau clinique sera généralement celui-ci : l'interrogatoire fera savoir que brusquement, la nuit, le sujet a été pris d'un accès de toux; il se réveille, la bouche pleine de sang. Si on a eu la précaution de conserver ce sang, on remarquera son aspect « laqué », dû au mélange avec la salive. L'hémorragie ne se produit jamais pendant la journée; le malade

en effet déglutit son sang, et cet accident ou bien passera inaperçu, ou se manifestera sous forme d'une hématomèse accompagnée ou non d'œmélène.

L'examen du rebord alvéolaire d'un malade ayant eu dans le courant de la nuit précédente un crachement de sang ne permet souvent pas de constater la moindre érosion; de même que l'examen d'une cloison chez un sujet ayant présenté une épistaxis la veille ne montre qu'une légère hyperémie de la région. Il faut avoir recours au stylet porte-coton avec lequel on explorera doucement le rebord gingival, principalement au niveau des dernières molaires et sur les deux faces. Si c'est bien là le siège de l'hémorragie, un filet de sang ne tardera pas à apparaître une fois le décollement de la gencive à nouveau formé par le contact du stylet. On verra en même temps les signes objectifs de gingivite : liseré violacé au niveau du collet et pyorrhée plus ou moins marquée.

Une cause moins fréquente de stomatorragie réside dans les angiomes de la langue, surtout les petits angiomes. Parmi eux, ceux siégeant sur les bords de la langue où ils sont exposés aux traumatismes dentaires saignent plus facilement, hémorragies nocturnes le plus souvent rentrant dans le cadre habituel de l'hémorragie buccale. Au niveau du voile du palais et de la luette, on peut rencontrer des angiomes donnant naissance à des hémorragies répétées pouvant simuler une hémoptysie. Parmi eux, ceux qui peuvent passer inaperçus par leurs petites dimensions sont précisément ceux qui saignent le plus facilement. Pour les déceler, examiner le voile sous un éclairage intense. Il y a lieu cependant de noter leur extrême rareté.

*
* *

En résumé, une hémorragie des voies aériennes supérieures peut avoir pour siège tous les différents étages du tractus, et par ordre de préférence : naso-pharynx (pharyngite hémorragique),

cavité buccale et hypopharynx, larynx et trachée. Avant de passer à tout examen spécial, le laryngologiste devra se renseigner par l'interrogatoire du malade et le concours du médecin, sur le mode d'hémorragie auquel il n'a pu lui-même assister.

Le sang rejeté attirera principalement son attention et il y recherchera autant de détails pouvant le mettre sur la voie d'un diagnostic causal. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, il y aura lieu d'étudier l'abondance, l'état macroscopique du sang rejeté (mélange de salive ou non), la teinte de l'exsudat, rouge, rose, rose-violacé. Dans l'interrogatoire du malade, l'heure de l'accident, les prodromes, la suite de l'hémorragie seront autant de points permettant d'avoir une vue approximative sur l'origine de la pseudo-hémoptysie. Bien entendu, le médecin aura précisé l'examen médical au point de vue pulmonaire et l'étude de la tension artérielle, de la formule sanguine, courbe de poids, examen des crachats au point de vue bacilles, auront été faits.

La tâche du laryngologiste est sérieuse et pleine de responsabilité, dans ces cas douteux de pseudo-hémoptysies, car en réalité, les caractères différentiels au point de vue clinique sont souvent bien frustes et nombreuses sont ces hémorragies où aucun signe net ne permet d'affirmer son origine.

Ce sera donc par un examen attentif, en s'aidant de tous les modes de contrôle visuels, que le spécialiste explorera dans ses moindres replis le tractus aérien supérieur. Comme pour tout examen, on aura avantage à suivre une marche ordonnée, en passant du simple au complexe.

Examen.

Après un examen des fosses nasales par rhinoscopie antérieure d'où l'on ne retirera en général que peu de renseignements, la cavité buccale sera explorée au porte-coton au niveau du rebord alvéolaire, près des dernières molaires principalement, sur les deux faces, sous un bon éclairage direct.

Le « cavum » attirera particulièrement l'attention du rhinologiste car c'est là le siège de la pharyngite hémorragique sur laquelle nous avons précédemment insisté. Le rhino-pharynx n'est pas aussi aisément accessible que les fosses nasales, la cavité buccale et même le larynx; il faut souvent anesthésier le voile du palais pour se servir du releveur du voile qui permettra une rhinoscopie postérieure plus aisée. En outre, le sang qui s'écoule sur la paroi postérieure du pharynx provoque la toux et rend l'examen plus difficile; de plus, on peut prendre pour l'indice d'une hémorragie locale les trainées sanguinolentes ou les croûtes desséchées aperçues sur la quatrième amygdale ou au niveau du vestibule laryngien, alors qu'elles ont leur origine en haut, au niveau du cavum.

Après anesthésie des zones, points de départ de reflexes nauséux, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième, base de la langue, voile du palais, paroi postérieure du pharynx, la « laryngoscopie indirecte », fournira d'utiles renseignements et permettra de voir comme dans les observations 2, 3 et 4, le vaisseau sanguin rompu cause de l'hémorragie; au passage, en inclinant davantage le miroir, on visitera la base de la langue, les replis pharyngo-épiglottiques qui peuvent être le siège de varices hémorragipares. Mais parfois l'examen sera rendu impossible et l'on devra, n'ayant pas pu percevoir *de visu* la cause précise et certaine de l'hémorragie, pratiquer l'hypopharyngoscopie directe.

Cette dernière sera pratiquée dans les cas où les difficultés d'examen provenant du malade seront difficilement surmontables : sujet exagérément craintif, ouvrant insuffisamment la bouche ou présentant des contractions exagérées de la langue, une épiglotté abaissée à aspect infantile, par exemple. Ce sera surtout chez l'adolescent indocile, hurleur, que l'on devra se résoudre à pratiquer l'examen direct.

L'examen direct sera pratiqué avec avantage soit au moyen

de la spatule de Killian, soit avec l'appareil de Claoué. La spatule de Killian donne des renseignements extrêmement précieux lorsqu'il s'agit de préciser un point de saignement au niveau d'une zone qu'on a déjà pu repérer par laryngoscopie indirecte. Lorsque ce dernier examen n'a fourni aucune indication, il semble préférable d'utiliser l'appareil de Claoué. Il donne en effet un jour considérable sur l'hypopharynx, et dans un deuxième temps, sur la cavité endo-laryngée. Il présente également l'avantage de pouvoir être maintenu facilement en place et de permettre une cautérisation du point saignant soit avec le cautère, soit mieux avec une perle d'acide chromique.

Lorsque ni rhinoscopie, ni laryngoscopie n'ont révélé le point saignant, il y a lieu de compléter l'examen par une trachéo-bronchoscopie directe.

Cette manœuvre peut être faite soit en position couchée, tête en extension, soit en position assise. Il semble que, pour un simple examen trachéal, la position assise doive être préférée, l'introduction du tube étant plus facile et mieux tolérée par le sujet. On aura soin de faire une heure avant l'intervention une injection de scopolamine-morphine; certains auteurs préfèrent donner à boire au malade X gouttes de laudanum de Sydenham.

Après cocaïnisation de l'arrière-gorge, de la base de langue, de l'épiglotte et du vestibule du larynx, on introduit le tube moyen de Brünings, monté sur le manche éclairteur. On reconnaît facilement par la lumière du tube le fond de la bouche, voile du palais et luette, puis l'épiglotte; en redressant progressivement le tube, on charge l'épiglotte, on découvre la saillie piriforme des arythénoïdes et on examine attentivement le larynx en recommandant au malade de faire de larges inspirations, afin de ne pas blesser les cordes. Cet incident est du reste facilement évitable si l'on se souvient que chez l'homme adulte la glotte mesure au moins 20 millimètres dans le sens antéro-

postérieur et 10 millimètres à sa base dans l'expiration. On peut dans l'inspiration voir la glotte atteindre les dimensions de 27 millimètres chez l'homme et 20 millimètres chez la femme.

En principe (Guisez), on ne doit point introduire de tube dépassant 18 millimètres de diamètre chez l'homme et 15 millimètres chez la femme.

Le plus souvent, un tube de 10 millimètres sera parfaitement suffisant. Il n'aura donc aucune peine à se mouvoir dans la trachée dont le diamètre transversal, 20 millimètres chez l'homme, 16 millimètres chez la femme, est un peu supérieur au diamètre antéro-postérieur, 14 millimètres chez l'homme, 12 millimètres chez la femme.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant, il est quelquefois délicat de choisir le meilleur tube; il faudra toujours tenir compte de la taille et du développement du sujet; on se rappellera les repaires fournis par Marc Sée; d'après cet auteur, le diamètre moyen de la trachée chez l'enfant de 2 ans est de 7 à 8 millimètres; 4 à 7 ans, 8 à 10 millimètres; 10 ans, 12 millimètres. Les tubes à employer varient donc de 5 à 10 millimètres de diamètre.

Lorsque le tube est en vue de la glotte et qu'on a examiné suffisamment le larynx, on ordonne au malade une large inspiration et on franchit d'un coup la glotte et la sous-glotté. On explorera la trachée à l'aller surtout, car le tube peut provoquer une érosion qui, au retour, pourrait paraître pathologique.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — MANTCHIK, *Revue de la tuberculose*, 1922.

M. B..., 48 ans, est adressé au Professeur Pognat le 22 octobre 1920 par le Docteur X..., à la suite d'une hémoptysie, survenue la veille; le malade, à l'occasion d'une quinte de toux, a craché du sang pur, rouge; la valeur d'une cuillère à soupe environ; le matin, à nouveau, l'hémorragie s'est reproduite, précédée d'une petite quinte de toux; le malade, très impressionné par cet accident, ne signale aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté. Il est cependant utile de remarquer que, depuis quelques mois, ses occupations l'obligent à respirer un air surchargé de particules de charbon.

Avant de procéder à un examen des poumons, on explore les voies respiratoires supérieures. Fosses nasales, cavum, pharynx, rien de particulier. Base de la langue, aucune dilatation veineuse. Larynx normal. Mais, pendant la respiration, la fente glottique étant largement ouverte, on constate à la face antérieure de la trachée, à la hauteur du 2^e anneau, un point hémorragique rouge qui saigne encore légèrement, situé sur le prolongement d'une petite veine dilatée; le reste de la muqueuse trachéale est normal. Injection intratrachéale de 2 centimètres cubes d'adrénaline, répétée quatre fois pendant les jours suivants : légère pseudo-hémoptysie le lendemain de la première injection; depuis lors, ne s'est pas reproduite. A la date du 29 octobre, le point hémorragique avait complètement disparu; tout était rentré dans l'ordre.

Obs. 2. — *Hémorragie laryngée* (M. LEVESQUE, de Nantes).

M. X..., 37 ans, professeur de chimie.

Antécédents. — 8 ans auparavant, poussée congestive au sommet gauche; excellent état général, forte constitution.

28 décembre 1911. — En parfaite santé, expectore sans tousser, sans effort, plusieurs crachats rouges de sang pur, puis constate un gonflement de la région préarythénoïdienne douloureuse à la pression. État fébrile. Pouls à 120.

Examen le lendemain, ne s'est pas alité; on le trouve fébrile, pouls à 120; bon état général. Tuméfaction préarythénoïdienne, pas d'empreinte en godet, sensation pâteuse et de légère crépitation due à l'emphysème. Larynx mobile. Pas d'adénite cervicale; phonation normale, mais la déglutition de la salive détermine une douleur assez vive au niveau du larynx

Examen laryngoscopique : Sang rouge au niveau de la bande ventriculaire gauche ne disparaissant pas après des efforts de toux. Le malade reste au lit; applications chaudes sur la région laryngée, alimentation liquide. Examen médical fait à plusieurs reprises, pas de signes de suspicion de tuberculose.

30 décembre. — État général excellent, pas de fièvre; les troubles de la déglutition persistent, accompagnés d'une douleur nettement localisée à gauche.

La palpation détermine la même douleur à ce niveau. Voie voilée. Région laryngée empâtée, douloureuse; la crépitation a disparu.

Examen laryngoscopique. — Muqueuse ecchymotique, rouge par placards flous au niveau de la bande ventriculaire gauche, au niveau de l'arythénoïde gauche et de la partie antérieure de la moitié gauche de la région interarythénoïdienne. Température : 36°5-37°4. Pouls à 80.

31 décembre. — État local s'améliorant progressivement.

Image laryngoscopique : toujours un peu d'œdème de la région postérieure de l'arythénoïde gauche, uniformité des régions ecchymotiques. Température : 36°5-37°9. Pouls 90.

1^{er} janvier. — Les troubles de la déglutition ont disparu, la région laryngée est à peu près normale. Larynx : les portions ecchymotiques sont moins rouges; on a l'impression d'avoir sous les yeux, un vaisseau sanguin à plusieurs branches de grosseur variable, large par endroits, rouge, partant de la bouche de l'œsophage au niveau de la partie postérieure de l'arythénoïde gauche, passant sur la région arythénoïdienne gauche et gagnant la bande ventriculaire. Température normale.

Pendant quelques semaines, la moitié gauche du larynx conservera son aspect ecchymotique.

Obs. 3 et 4. — PREOBRAJENSKY.

P..., 44 ans. Excellente santé; voulut un jour chanter au début d'une laryngite et eut à cette occasion un crachement de sang.

Examen. — Cordes rouges; sur la droite après ablation du sang coagulé, on constate une érosion saignante riche en vaisseaux. Complète guérison spontanée; aucune récurrence.

K..., 38 ans; excellent état général, crache le sang une ou deux fois par an.

Poumons sains, importante laryngite chronique. Sur les bords des cordes, deux vaisseaux dilatés. Traitement des cordes. Guérison des hémoptysies.

Obs. 5-6-7. — RICARDO BOTEY.

Baldomero J., 29 ans. 4 août 1899.

Expectorations sanguinolentes depuis 5 ou 6 jours. Rhinite atrophique propagée au pharynx. Par la rhinoscopie postérieure, on observe sur divers points de la cavité naso-pharyngienne de petites croûtes noirâtres qui saignent au plus léger contact du stylet. Sur la paroi postérieure du larynx, tache linéaire de sang qui disparaît avec le pinceau. Le porte-ouate, en touchant le pharynx nasal, provoque une hémorragie. Lavages du cavum, pulvérisations d'huile mentholée. Guérison.

Remedios T., 50 ans, 9 mai 1900.

Asthme bronchique depuis 2 ans. Suppression et retard menstruels coïncidant avec des hémorragies buccales et des quintes de toux. Les crachats mêlés avec les mucosités des bronches simulent une bronchorragie. Les attouchements du cavum avec le porte-ouate humide et sec, démontrent l'origine naso-pharyngienne de l'effusion sanguine. Glycérine. Huile mentholée. Guérison.

Vincent D., 24 ans, médecin. Hémorragies modérées depuis 15 jours. 1^{er} décembre 1899. Rien dans les fosses nasales, le pharynx buccal, le larynx, ni la base de la langue. L'attouchement du rhinopharynx détermine une hémorragie. Badigeonnages à la glycérine iodée au 1/5; huile mentholée. Guérison.

Obs. 8. (Personnelle). — *Polypes fibreux naso-pharyngiens.*

Eugène T..., âgé de 47 ans, vu le 25 septembre 1922, service du Docteur Bourgeois, hôpital Laënnec.

Obstruction de la fosse nasale gauche depuis juillet 1921. En sep-

tembre de la même année, le malade commence à cracher du sang à peu près périodiquement tous les mois, sang rouge, aéré, provoquant des accès de toux. Ces crachements de sang cessent en août. Entre temps, le malade ayant consulté à la campagne où il est cultivateur est soumis à un traitement de réminéralisation, car il a maigri de 2 kilogrammes, est devenu asthénique.

Il vient consulter à l'hôpital Laënnec, car en même temps que les hémorragies disparaissent, il se manifeste de violentes douleurs, névralgiques, dans le maxillaire inférieur et dans le maxillaire supérieur gauche.

Examen. — Sujet pâle, amaigri, de faible constitution. Rien d'intéressant au point de vue des antécédents personnels ou héréditaires. Examen des fosses nasales : les deux fosses nasales sont remplies de mucosités et les choanes sont obstruées par une tumeur rouge, dure, saignant au contact du stylet, non mobile.

A la rhinoscopie postérieure, on constate que le cavum est rempli par une masse piriforme, rouge, surmontée par deux autres petites tumeurs lisses et blanchâtres.

L'ablation faite à l'anse froide, après anesthésie par tamponnement à la cocaïne, est très difficile; la section est pénible le pédicule étant très dur; la tumeur une fois extériorisée est coupée et montre la texture fibreuse classique.

Le malade revu par la suite s'améliore progressivement, respire librement, reprend du poids.

Les jours suivants l'intervention, on constate à la rhinoscopie postérieure au sommet de la choanne un pédicule ecchymotique semblant venir de la fosse nasale, ce qui permet d'admettre contrairement à l'opinion admise que les polypes naso-pharyngiens ne sont pas des tumeurs à siège primitivement pharyngien, naissant du toit du cavum et n'envahissant que secondairement les fosses nasales d'arrière en avant, mais bien au contraire que ces polypes fibreux naso-pharyngiens ont un point de départ ptérygoïdien.

Obs. 9 (personnelle). — *Pharyngite hémorragique.*

A. Thor..., sujet de 30 ans, de mauvais état général, soigné 2 ans auparavant pour pharyngite.

Présente depuis 2 semaines une expectoration muco-purulente surtout matinale; gorge sèche le matin au réveil, ne mouchant jamais. Deux nuits auparavant se réveille avec un goût styptique dans la bouche, expectore plusieurs crachats muco-purulents striés de sang, quintes de toux, rejet d'une petite quantité de sang rouge.

Le même fait se renouvelle le matin du 12 février 1923 où le malade va consulter au Dispensaire Léon Bourgeois; on ne trouve rien aux poumons; est envoyé à la consultation du Docteur Bourgeois.

Examen. — Rhinoscopie antérieure, rien à signaler si ce n'est tout à fait en arrière sur la queue des cornets inférieurs, quelques croûtes.

Rhinoscopie postérieure : la paroi postérieure du pharynx, les orifices des choannes sont tapissés d'un enduit vernissé, et on voit quelques croûtelles.

Une cautérisation faite avec la plus extrême douceur détache ces croûtelles et on voit un mince filet de sang descendre sur la paroi postérieure du pharynx. Accès de toux, rejet de sang mélangé de salive. Le malade nous dit que cette expectoration est semblable à celle présentée 24 heures auparavant.

Traitement habituel de la rhino-pharyngite atrophique; guérison.

Obs. 10. — *Hémorragie de l'hypopharynx* (due à l'obligeance de M. DEBIDOUR).

Sujet de 59 ans atteint d'emphysème, de sclérose pulmonaire avec bronchite chronique se traduisant par une assez abondante expectoration muco-purulente mais non fétide, surtout le matin au réveil avec violentes quintes de toux.

Un matin, au réveil, au cours d'une quinte de toux plus forte que d'habitude, il expectore du sang noir liquide et des caillots.

L'auscultation du malade ne révéla rien d'anormal au point de vue pulmonaire.

Rien du côté du nez. Mais en pratiquant la laryngoscopie indirecte, on constata à la base de la langue un gros paquet de varices turgescentes, et en un point, un petit caillot encore adhérent.

L'hémorragie s'était du reste arrêtée.

Sous l'influence d'efforts de toux particulièrement violents une varice s'était rompue et avait donné lieu au crachement de sang.

L'évolution de la maladie n'offrit du reste ultérieurement aucun symptôme anormal au point de vue pulmonaire.

Obs. 11. — PRÉOBRAJENSKY.

Fister rapporte le cas d'une institutrice de 25 ans qui présenta une hémoptysie en même temps qu'un état asthénique avec dyspnée d'effort et perte d'appétit. Ainsi se développa l'image de phthisie galopante, malgré un état négatif du côté des poumons.

La laryngoscopie découvre une amygdale linguale hypertrophiée avec vaisseaux dilatés en forme de boutons. L'hémoptysie cède rapidement à un traitement local.

Obs. 12. — (Personnelle).

J. P., 40 ans, 19 janvier 1923.

Le malade affolé vient consulter, à cause d'expectorations sangui-nolentes matinales répétées depuis une semaine.

L'examen du pharynx, des fosses nasales, du larynx montre une poussée de pharyngo-laryngite subaiguë ne pouvant expliquer les hémorragies.

On explore avec le porte-coton le rebord alvéolaire gingival et il sort un filet de sang. L'attouchement du naso-pharynx dans un but thérapeutique produit le même effet.

Teinture d'iode sur la gencive. Pulvérisation du cavum avec une solution étendue de perchlorure de fer.

Guérison.

CONCLUSIONS

L'hémoptysie tuberculeuse du début dans sa forme clinique sans poussée évolutive concomitante n'est, en général, accompagnée d'aucune symptomatologie permettant d'assurer son étiologie.

Les symptômes généraux et fonctionnels sont réduits au minimum ou nuls, l'examen des expectorations ne permet de déceler qu'exceptionnellement la présence du bacille de Koch, les divers modes d'exploration de l'appareil pulmonaire ne donnent que des renseignements peu précis et le médecin ne peut affirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

D'autre part, les voies aériennes supérieures, aux différents étages du tractus pharyngo-laryngo-trachéal sont le siège de diverses affections hémorragipares pouvant simuler parfaitement le début d'une tuberculose pulmonaire.

Il convient donc, dans les cas douteux, où l'examen du poumon reste négatif, afin d'éviter les mesures prophylactiques si pénibles pour le sujet, de procéder à un examen complet qui permettra souvent de rattacher le crachement de sang à sa vraie cause; d'où la nécessité d'une collaboration étroite entre le médecin général et le laryngologiste.

Mais le diagnostic que ce dernier aura à faire sera souvent fort difficile, d'autant plus qu'il ne devra le porter qu'après avoir constaté *de visu* le point hémorragique. Le malade

vient en effet consulter alors que l'hémorragie est arrêtée, qu'il ne reste aucune trace de sang dans des organes qui expulsent rapidement les corps étrangers.

Ce sera donc par des examens minutieux, prolongés, répétés, et le plus rapprochés possible du temps hémorragipare, que le diagnostic pourra être solidement étayé et que les causes d'erreur pourront être évitées.

Vu : le Président,
ROGER

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Aboulker. — Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngée. *Monde Médical*, janvier 1922.
- Botey (Ricardo). — Pseudo-hémoptysies d'origine naso-pharyngienne. *Annales de Lermoyez*, janvier 1901.
- F. Besançon et I. de Jong. — Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses. *Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose* et *Bulletin Médical*, 1908.
- Escat. — *Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie*.
- Festal. — Contribution à l'étude des fausses tuberculoses pulmonaires, par affections des voies respiratoires supérieures. *Thèse*, 1920.
- Levesque. — Hémorragie laryngée. *Bulletins et Mémoires de la Société française d'O. R. L.*, 1912.
- Laurens. — *Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien*.
- Guisez. — *Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage et de la trachée*, 1922.
- Mantchik. — Pseudo-hémoptysie trachéale d'origine venectasique. *Revue de la tuberculose*, t. III, 1922.
- Preobrajensky. — Über die Rolle des Nase, der Rachen, und der Kehle bei Hemoptoi. *Archiv. fur Laryngologie*, Heft I, 1905.
- P. Ribierre et Em. Merle. — Ictère infectieux bénin et hémoptysie chez un tuberculeux latent. Rôle de l'hypertension. *Société médicale des Hôpitaux*, novembre 1910.
- Sergent. — *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. II, XVII.
- *Etudes cliniques sur la tuberculose*, 1908-1918.
- Les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire. *Monde Médical*, nov. 1917.
- Tarneaud. — Les fausses hémoptysies. *La Clinique*, 1922.
- Weill (M. P.). — Les hémoptysies tuberculeuses. *Thèse*, 1911.


~~~~~  
Imprimerie E. DESSAINT. -- Coulommiers. — 6-23.  
~~~~~


